X

TRE LAPAROTOMIE 9.

PER

I. MIOFIBROMA SOTTO-PERITONEALE DELL'UTERO
Guarigione

II. FIBRO-SARCOMA SOTTO-PERITONEALE DELLA REGIONE ILIACA
Guarigione

III. SARCOMA PREVERTEBRALE
Morte al 4° giorno per paralisi cardiaca

PEL

Dott. ANTONINO D'ANTONA

Estratto dal Giornale Internazionale delle Scienze Mediche—Anno IV
diretto dal prof. A. RAFFAELE.

ENRICO DETKEN EDITORE
NAPOLI
Piazza Plebiscito e Via Roma, 288

ROMA	PALERMO
121. Montecitorio	411. Via Vitt. Emm

1882

TRE LAPAROTOMIE

PER

I. MIOFIBROMA SOTTO-PERITONEALE DELL' UTERO
Guarigione

II. FIBRO-SARCOMA SOTTO-PERITONEALE DELLA REGIONE ILIACA
Guarigione

III. SARCOMA PREVERTEBRALE
Morte al 4° giorno per paralisi cardiaca

PEL

Dott. ANTONINO D'ANTONA

Estratto dal Giornale Internazionale delle Scienze Mediche — Anno IV
diretto dal prof. A. RAFFAELE.

ENRICO DETKEN EDITORE
NAPOLI
Piazza Plebiscito e Via Roma, 288

ROMA 121. Montecitorio | **PALERMO** 411. Via Vitt. Emm

1882

STABILIMENTO TIPOGRAFICO DELL'UNIONE
Strada nuova Pizzofalcone, 3.

Se i primi due casi sono assai soddisfacenti per l'operatore e per la sorte di simili operazioni nell'animo ancor dubbioso dei medici e chirurgi napolitani, la terza osservazione è poi di un interesse sommo scientifico.

In Napoli finalmente l'ammissibilità e la leggittimità dell'ovariotomia semplice è entrata nella coscienza di tutti i medici e non medici.

Ma la laparotomia per estirpazione di tumori dell'utero e dei suoi annessi, o di tumori addominali in genere non è ancora ammessa. In casi simili i medici in buona fede sconsigliano sempre le loro inferme a confidarsi nelle mani del chirurgo; e mentre s'osservano moltissimi casi operabili, pochissimi sono poi quei che si decidono per la chirurgia efficace. E siccome quella rara decisione arriva sol quando la inferma incomincia a persuadersi dei pericoli imminenti del suo male, così è che con dolore ci accade spesso di dover rifiutare un'operazione, che sarebbe stata fattibilissima pochi mesi prima.

Nè questo stato di scoraggiamento generale manca della sua buona ragione. E di vero quelle operazioni sono state ben disgraziate in Napoli. La nuova serie di costanti insuccessi di qualche chirurgo di Napoli non poteva ingenerare altre conseguenze, che quelle.

Ma quando si riflette che nel più di quei disgraziati casi si è avuta una ragione sempre riferibile all'operatore, e non inerente all'operazione, si deve venire per necessità ad altro più giusto giudizio. Fate che uno stesso operatore una volta si dimentichi due

grosse spugne nella pancia, altra volta dimentichi una pinzetta, ora scolli tutta una larga estensione del peritoneo, ora sequestri una sezione della cavità uterina dentro il cavo peritoneale, argomentate da questi ben grossolani errori altri minori e forse più frequenti e numerosi, e poi ditemi, s'è possibile che un'operazione abbia quel successo e quel posto che dee avere nella scienza.

Ora queste tre mie osservazioni hanno questa importanza qui, di rialzare cioè un po' il valore delle laparotomie. Dico tre, perchè anche quella terminata in morte è un successo di laparotomia. Si potrà incolparci di negligenza e di poca perizia per non aver potuto o saputo scovrire una profonda lesione cardiaca e pericardica, ma rimane l'importanza del fatto che dopo una grave e lunga operazione con forte perdita di sangue e con svariati maltrattamenti ed offese degli intestini e peritoneo, dopo la riapertura larga dell'addome in un secondo tempo, niuna traccia, niun segno, nessun prodotto o effetto di quella che dicesi peritonite fu trovato; come anche il campo operativo nel reperto si trovò così, come meglio non avremmo potuto aspettarci od augurarci. Si può dare altra prova, altro più splendido esempio d'ammessibilità di un'operazione, grazie al metodo antisettico?

Queste parole sono umilmente dette pei più dei miei egregi colleghi di Napoli. In altri paesi sarebbe una digressione fuori proposito.

1ª *Osservazione.* — **Estirpazione di un Mioma periuterino.** *Guarigione.*

Nell'Agosto ultimo (1881) trovandomi a Marsala, fui invitato a visitare una graziosa ed intelligente signorina, Cecchina Alagna, che soffriva di un tumore addominale.

Feci diagnosi di cisti ovarica mobile a lungo picciuolo ec. ec. Proposi l'operazione, che fu accettata.

Un giorno, preparato tutto l'occorrente, mancavano ancora poche ore per l'operazione, quando, inaspettato, comparve il sangue mestruale.

Naturalmente sospesi l'operazione e me ne partii per Napoli.

La Signorina, decisa all'operazione, ed incoraggiata dagli amici e colleghi Dott. Milazzo, Angileri ed altri, venne a raggiungermi in Napoli.

Ammessa nell'Ospedale Internazionale ed osservatala, fui impressionato nel trovare un tumore piuttosto solido, ed agli amici

Dott. Malbran, Biondi e de Simone dissi, che, stando a questa ultima osservazione, io inclinava per la diagnosi di un mioma peri-uterino o ad ogni modo per un tumore solido peri-uterino.

Pria di procedere all' operazione, feci agli amici Prof. Gallozzi, Jennaco, Vittorelli ec. ec. la storia del caso, e dissi d'avere una volta fatta diagnosi di cisti-ovarica, ed ora pronunziarmi per un mioma. Intanto il dubbio era dei più leggittimati, di fatti, riosservata la signorina da tutti durante la cloroformizzazione, il tumore apparve così molle in una sezione da fare credere ad una fluttuazione. Intanto siccome l'operazione nell'un caso e nell'altro era sempre quella, ed era ben indicata, così procedei senza altra discussione.

Ecco ora la breve storia del caso:

Cecchina Alagna, di anni 21, da Marsala, nata da sani genitori, è una signorina vivace, a pelle piuttosto bruna, di sana costituzione e ben nutrita.

Ella mestruò a 12 anni. La mestruazione fu dapprima regolare, abbenchè abbondante, ma da 18 mesi in quà s'è fatta più abbondante ed irregolare. Dura 10 e talvolta 20 giorni, ed in un mese occorse talvolta di vederla ricomparire due volte. Del resto essa procede indolente. Nessun fatto vescicale, e solamente un po' di stitichezza ventrale.

Circa tre anni e mezzo or sono la signorina Alagna s'accorse di un gonfiore duro, sito nella regione pelvi-iliaca sinistra.

Gradatamente quel gonfiore è andato crescendo, ed avvicinandosi verso la linea mediana.

L'addome adesso à configurato così, come in una gravidanza al 5° mese, e alla fine delle profonde espirazioni il tumore si delimita bene coll' occhio, e meglio ancora colla mano. Esso è piazzato nella linea mediana del basso ventre, e quindi non inclina nè a dritta nè a sinistra; supera di tre dita trasverse la cicatrice ombelicale, occupando le fosse iliache, scende a riempire la piccola pelvi.

Il tumore è di forma regolarmente globosa, a superficie eguale, di consistenza molle-elastica dove più dove meno, mobile, e, spostandolo in su, è possibile infossare le mani nella piccola pelvi. Un giorno durante la cloroformizzazione volli accertarmi delle relazioni del tumore coll'utero. Col semplice dito potei verificare,

che questo stava in posizione mediana, forse un pò anteposto, niente abbassato, e piuttosto mobile.

Nel forte spostamento del tumore in alto coll'aiuto di due mani di un assistente, il dito esploratore rilevava che nelle prime o mediocri escursioni del tumore in alto l'utero restava in sito, ed invece esso veniva forzatamente tratto molto in su, sino a non potersi più raggiungere col mio lungo indice, quando il tumore era spinto molto in alto verso l'epigastrio.

La diagnosi fu di Mioma peri-uterino peduncolato, libero di aderenze e forse con qualche cavità cistica da degenerazione.

Il giorno 24 novembre 1881, presenti i summenzionati Professori, procedei alla laparotomia, come al solito. Scoverto il tumore, v'impiantai il trequarti, che non andava, e ritiratolo, venne dalla ferita un bel getto di sangue, che col dito potè arrestarsi. Allora confermata la libertà del tumore da ogni aderenza, ed allargata opportunamente la ferita (dall'ombelico fin presso il pube), riuscii a tirare fuori il tumore. La sua forma regolare e globosa favorì molto la sua estrazione attraverso una ferita relativamente non molto lunga.

Il picciuolo era lungo un 3 centimetri; e quantunque fosse discretamente grosso, pure eccezionalmente volli ligarlo con una sola ligatura circolare. Per evitare che lo specillo portafilo nell'attraversare il picciuolo avesse ferito qualche vase contemplabile, tanto più che dopo l'emorragia della puntura del trequarti io avea ragione ad ammettere una larga vascolarità del tumore, mi decisi questa volta a rinunciare alla doppia legatura, e contentarmi di una sola; anche perchè io contavo di potere ridurre assai la grossezza di quel picciuolo di tessuto muscolare, una volta stretto fortemente il filo. E difatti questo s' infossò tanto nella base di quello, che fu giudicato impossibile fisicamente la sua sfuggita. Il laccio venne, così stretto, rasente il margine postero-superiore del corpo dell'utero.

Tagliato poi il picciuolo un due centimetri e mezzo circa di quà dalla ligatura, apparvero grossi e molti vasi beanti sulla superficie del taglio, la quale poteva avere l'estensione d'uno scudo.

Asciugato appena col termo-cauterio i tessuti recisi — osservate le ovaie e trovatele sane, lasciato a sè il picciuolo, compiuta rapidamente la *toilette* peritoneale, procedei alla cucitura—volli piaz-

zare i punti molto vicini, e ben diciassette ce ne vollero, dodici profondi e cinque superficiali.

L'andamento consecutivo si compendia in poche parole:

Il 2° giorno temp. gr. 38 mattina, al 3° 38,6 sera, che cadde a 37,4 al mattino seguente. In tutti gli altri giorni la temperatura oscillò tra 37,8 sera come massimo e 36,6 mattina minimo.

Dal mattino susseguente all'operazione la signorina urinò da sè; e nello stesso giorno passarono gas per l'ano.

Al 5° giorno 1ª Medicatura — Niente di settico, ferita riunita, si rimuovono cinque punti superficiali e quattro profondi.

All' 8° giorno IIª Medicatura — tutto aderito — nel mezzo della ferita per l' estensione di quattro centimetri il margine sinistro accavalla il dritto.

Non ci sono punti che bastano, nè accuratezza possibile per impedire quel tale accavallamento; perciò d'allora in poi nelle altre laparotomie mi proposi di riunire la cute con i punti di sutura attorcigliata.

Ad ogni modo in questa seconda medicatura rimuovo gli altri otto punti.

Al 12° giorno IIIª medicatura — si passa la pietra su quel margine arrovesciato. — Al 15° giorno IVª medicatura. In pochi giorni la piaga della cute cicatrizza, e la signorina Alagna partì per Marsala verso il 19 Dicembre.

A bordo Ella soffrì moltissimo e per gli sforzi di vomito la piaga cutanea si riaprì, ma poi guarì subito. E, dopo alcuni giorni del suo arrivo, la bella signorina mi scrisse essersi abbandonata alle liete e care danze.

Più volte mi sono domandato una sufficiente spiegazione del mio errore diagnostico commesso a Marsala, e della impressione decisamente opposta avuta qui in Napoli. Là credetti ad un tumore cistico e qui ad un tumore solido; e, come è facile l' intenderlo, io nell'ammettere allora una cisti sino a decidermi all'operazione, dovetti usare di tutta la mia attenzione e ripetere le osservazioni mie pria di pronunciarmi per quel giudizio.

Già l'età assai giovane della signorina, e l'aver appreso che la comparsa del tumore si riferiva alla data di alcuni anni addietro, mi prevenirono contro l'idea di un tumore miofibromatoso. Difatti si sa quanto siano rari i tumori di tal natura nelle giovani di sotto i venti anni.

In 953 casi che Gusserow ha potuto raccogliere dagli scritti e relazioni di Dupuytren, Madden, West, Beigel, Hewitt, Engelman Rohrig, e dalla sua pratica, si conta:

1	caso in una giovane		di anni			10	
1	»	»	»			14	
1	»	»	»			16	
1	»	»	»			17	
3	»	»	»			18	
8	»	»	»			19	
156	»	»	da	20	a	30	anni
357	»	»	»	30	a	40	»
338	»	»	»	40	a	50	»
36	»	»	»	50	a	60	»
12	»	»	»	60	a	70	»
5	»	»	di sopra		i	70	»

Or anche ad ammettere che la signorina si fosse accorta del tumore poco tempo dopo la sua insorgenza, questo sarebbe stato sempre un caso estremamente raro. Il tumore fu scoverto tra il 17° e 18.° anno giacere verso la fossa iliaca sinistra. Come è naturale, deve ammettersi, che il tumore allora uscì dalla piccola pelvi per piazzarsi nel distretto superiore, quando avea già acquistato tal volume da non potersi contenere più nel cavo pelvico.

Così essendo, non deve sembrar azzardato, se da noi si fa rimontare la data del primo nascere del tumore ad alcuni anni prima della sua chiara comparsa nel cavo addominale. Or la difficoltà di supporre un mioma che avesse incominciato a svilupparsi in una giovane di 13 o 14 anni, fu una ragione dell'errore della prima osservazione.

Chi simpatizza colla teoria moderna di Conheim sulla genesi dei tumori, chi crede quindi ai germi e deposizioni embrionali di tessuti, i quali, rimanendo sempre tali e distinti in mezzo al regolare crescimento e perfezionamento di tutti gli altri elementi e tessuti d'un organo, assumono poi più o men tardi e sotto l'incitamento d'insoliti stimoli un abnorme ed indipendente crescimento, potrebbe trovare in questa storia clinica un conforto ragionevole al proprio pensiero.

Lo sviluppo di quel mioma, avvenuto nel nostro caso in epoca (pubertà), nella quale la nutrizione e la vita dell'utero e dei suoi annessi entrano in una insolita attività, è altra circostanza di fatto

positivo, secondo la quale quel tale insolito incitamento e nuovi stimoli sarebbero rappresentati dalla nuova attività fisiologica, che interviene nell'utero ed annessi.

Oltre il fatto dell'età, il segno fisico che m'indusse a quell'errore, fu la mollezza, anzi la chiara fluttuazione, che mi parve allora aver percepito, e che mi mancò poi qui in Napoli in osservazioni fatte alcuni mesi dopo.

Studiando il tumore, osservando quella lunga e ricca circolazione quasi cavernosa della sua parte periferica e richiamando alla mia memoria alcune osservazioni analoghe, mi pare poter venire a delle conclusioni, che mi sembrano di molto interesse clinico.

Ho osservato casi di mio-fibromi dell'utero, nei quali le variazioni di volume e di consistenza del tumore erano così cospicue, da essere notate dalle stesse inferme. Fra gli altri ricordo di una Signora con voluminoso mio fibroma interstiziale, nella quale il tumore addominale nei giorni precedenti a ciascun periodo mestruale risaliva di due e tre dita trasverse verso l'epigastrio, si faceva notevolmente prominente, ed acquistava tale una mollezza generale da poterlo dire addirittura un tumore fluttuante. E due distintissimi ed esercitati Clinici Medici di Napoli, avendo osservato la Signora in quel periodo, diagnosticarono giusto un tumore cistico, e per tale oggetto fui consultato.

Or è vero che in quel caso per tre o quattro giorni precedenti l'uscita del sangue s'aveva una leucorrea sierosa abbondantissima, e con una cavità uterina, che segnava 17 centimetri di lunghezza, si avevano buone ragioni a supporre tutto quel liquido siero-purulento essersi raccolto in quell'ampia cavità già anteposta al tumore, donde la fluttuazione in tutta la sua parte anteriore; ma è pur vero che quella mollezza, o fluttuazione e discreto incremento di volume del tumore continuavano anche dopo la cessazione dell'idrorrea, e per tutta la durata della mestruazione, e per alcuni giorni ancora. Di guisachè allora potei farmi questo convincimento, che, oltre il sangue o altro liquido raccolto nella cavità uterina, la congestione eccessiva dei vasi di un mioma, specialmente delle vene e tessuto quasi cavernoso attorno di esso, congestione che può occorrere sempre, ma che è ordinaria nel periodo mestruale, può ben modificare tanto il tumore da renderlo più voluminoso, e molle da offrire una falsa fluttuazione.

Osservare e ricercare adunque un mioma uterino o peri-uterino

in un tempo lontano quanto più è possibile dal periodo mestruale è un precetto per premunirsi da possibili errori.

Il tumore dopo l'operazione fu messo ad indurare nell'alcool, e non potei esaminarlo che dopo alcune settimane.

Dopo indurato e disseccato nell'alcool esso pesò grammi 900 poco meno. Avea una capsula forte; non fu possibile dissociare e dissecare la capsula fibrosa dalla capsula peritoneale.

Sotto di esse uno strato notevole di grossi vasi, specialmente venosi ed anastomizzanti, largamente circondavano attorno, dove più, dove meno tutto il tumore. Anche dopo l'induramento bastava sollevare un pò la capsula per vedere spiegato tutto quello strato di vasi grossi e piccoli, beanti o collabiti. Essi erano più grossi e numerosi quanto più si andava verso il picciuolo, e, relativamente al corpo ed al parenchima del tumore, non erano molto vascolari, anzi al contrario.

Un tessuto sodo a strati, o a fasci intrecciati in vario senso, d'apparenza fibrosa, come era, non poteva facilmente permettere un largo sviluppo vascolare.

2.ª *Osservazione.* — **Fibro-sarcoma sotto peritoneale della fossa iliaca.**

Guarigione.

N. N. distinta signora Napolitana, bella della persona, di buona costituzione organica e giovane di 24 anni, ma madre di quattro belle creature avute in soli quattro anni di matrimonio, seguendo il consiglio dell'Illustre mio maestro Professore Cardarelli, volle nel principio del febbraio ultimo consultarmi.

Ella era puerpera da un mese. Il puerperio era proceduto regolarmente, e la sua neonata bene costituita godeva la migliore salute.

Quella signora mestruata a 15 anni e sempre regolarmente, maritata a 20 anni, durante la terza e quindi la penultima gravidanza avea notato un certo indurimento o ingorgo nella regione inguino-iliaca sinistra.

Compiutosi felicemente il parto, la signora, preoccupatasi di quel fatto, fu rassicurata dalla Levatrice e da qualche ostetrico. Dentro due mesi, divenuta di nuovo incinta, notò che l'ingorgo cresceva

col progredire della gravidanza; ed essendosi fatta osservare da distinti Medici e Chirurgi, le si parlò d'*ingorgo linfatico* e d'*ingorgo ovarico*; e per tanto non le fu consigliato nulla.

Compiutosi felicemente quest'altro parto, il medico curante, riosservato quell'indurimento, che erasi fatto ben esteso e grosso, si persuase della sua natura flogistica, e prescrisse jodo localmente e joduro di potassio internamente.

Ciò non ostante quell'indurimento procedeva sempre innanzi in quello che andavasi meglio delineando e circoscrivendo a guisa di vero tumore a massa distinta, e quando durante il puerperio la pancia si ridusse al volume ordinario, il tumore si mostrò in tutta la sua entità. Il suo incremento era notevole tanto, che nel corso di un mese, durante il quale la famiglia credette sperimentare altri consigli e medicine, tutti quelli che visitavano la signora, vi notarono un discreto ma indiscutibile incremento avvenuto in poche settimane e la sua diffusione nelle vicinanze.

Decisa l'operazione, fissato il giorno e preparato tutto, era sul momento di procedere, quando io fui colto da violenta febbre. Dopo pochi giorni, appresi che Billroth trovavasi in Napoli per ragioni di salute di una sua figliuola, e consigliai la famiglia darsi la soddisfazione di fare visitare la signora da quell'eminente chirurgo. Non potendo io intervenire, egli accogliendo cortesemente la preghiera di quell'eccezionale visita, scrisse la sua diagnosi di natura, ch'era la nostra, e consigliò l'operazione. Aggiunse avere egli operato cinque donne con tumori consimili senza aver visto riproduzione. Diguisacchè la famiglia fu maggiormente rincorata ad affidarmi la vita preziosa di quella signora. Billroth ricordandosi di me, che fui a lavorare nel suo gabinetto, volle vedermi, e si parlò del caso; promise assistere all'operazione, ma la sua partenza affrettata ci privò di questo piacere.

Ecco ora in breve la storia del caso.

In corrispondenza della fossa iliaca sinistra della signora R., dal bacino ben conformato e grande, osservasi un tumore, il quale colla sua massa ed in corrispondenza del suo centro si solleva di cinque centimetri circa sul livello delle regioni circostanti quando la signora giace sul dorso ad arti addominali distesi.

Il volume ed i limiti visibili del tumore sono approssimativamente quegli stessi che si possono constatare colla palpazione.

Esso è del volume di un piccolo mellone o di un grosso petronciano, di forma ovoidale, a superficie perfettamente eguale. Es-

so scende e poggia su tutta l'arcata crurale, estendendosi quindi da dietro la spina del pube sino in sopra della spina iliaca antero-superiore. Il suo limite superione risponde a una linea, che dalla cicatrice ombelicale vada orizzontalmente in fuori col suo limite interno arrivi a due dita dalla linea mediana.Dietro la branca orizzontale del pube e spina si sente una gittata, una specie di prolungamento, che scende lungo la superficie posteriore di quell'osso. Il tumore è di una consistenza duro-elastica , ed eguabilmente in tutta la sua estensione; la sua mobilità è discreta.

Le pareti addominali scorrono liberamente sul tumore, e le contrazioni dello psoas iliaco non v'apportano alcuna modificazione, nessun fatto di stasi nell'arto.

L'utero è antiflesso, e colla combinata esplorazione vagino-addminale lo si può esaminare e quasi anatomizzare come accade raramente. Eppure la signora R. non era dismenorroica , ed assai facilmente diveniva incinta. La cavità uterina segnava 9 centimetri, nessuna relazione poté constatarsi tra il tumore e gli annessi dell'utero.

La diagnosi fu di un tumore sotto-peritoneale della fossa iliaca, e più propriamente di quella sezione della fossa che sovrastà all'arcata di Poupart , e di un tumore sarcomatoso pel suo volume, la sua consistenza e specialmeute pel suo incremento relativamente rapido.

E siccome la sua consisten za era piuttosto resistente, ed in certi tratti del tutto dura, così era naturale l'ammettere, senza bisogno d'esprimerlo, che dovea trattarsi di un sarcoma della varietà piuttosto dura, e più propriamente di un fibro-sarcoma. Il suo perfetto incapsulamento ci fece ben sperare di una perfetta e totale enucleazione e di una ben difficile riproduzione.

Il giorno 27 marzo, dopo tutti i preparativi antisettici, alla presenza dell' Illustre Professore Cardarelli, che aveva uno assai amichevole interesse per la signora R., e coll'assistenza dei Chiarissimi Professori dottor Gallozzi, Schrön, Jennaco, Malbranc, Biondi e de Simone io procedei all'operazione durante una perfetta narcosi cloroformica.

Incisione leggermente curva quasi parallela all'arcata di Poupart, lunga dodici centimetri circa , che dal di fuori dell'arteria epigastrica andava in sopra e di fronte alla spina il. ant. superiore,

scoverto il tumore nella sezione più bassa di sopra l'arcata di Pourpart, dove esso non era coverto di peritoneo, già ricacciato in alto dalla crescente massa del neoplasma, io, mettendo da banda il coltello, incominciai a lavorare colle dita isolando ed enucleando il tumore per lacerazioni — Così mi riprometteva avere un numero minore di vasi sanguinanti , c dissecare il peritoneo dal tumore.

Durai assai fatiga per rompere tutti quegli involucri fibrosi , che lo avvolgevano , anzi per più volte fu necessario riunire in fasci alcuni di quegl' involucri e ligamenti, ligarli con forte seta e poi tagliarli col bottonato.

Non fu possibile dissecare tutto il peritoneo. Esso aderiva intimamente al tumore , e per l' estensione della vola della mano, e fu quindi insieme a quello trasportato.

L'emostasia fu lunga, accurata, e ciò non ostante in quel gran cavo lasciato dal tumore rimosso si raccoglieva sempre un pò di sangue. Gli intestini che corrispondevano a quella larga breccia del peritoneo , erano coverti dal grande epiploon, ed era questo, che chiudeva quella ed impediva la protrusione degl' intestini.

Fu giudicato che lasciata così quell' apertura peritoneale, il sangue, abbenchè poco, della ferita avrebbe potuto penetrare nel cavo peritoneale: ed inoltre l' epiploon cogl' intestini dopo cucita la ferita esterna sarebbero certamente usciti da quella breccia peritoneale per capitare nel cavo del tumore, cavo impossibile a colmarsi coll'avvallamento delle pareti addominali o colla sutura o altrimenti. Allora si fu che pensai scollare un pò il peritoneo della fossa iliaca da un lato, e dalle pareti addominali dall'altro, e per scorrimento riuscii a riavvicinare le margini peritoneali, e con sutura perduta a sopragetto col cat-cut chiusi il cavo peritoneale. Lo spazio rimasto tra il peritoneo arrovesciato e suturato ed i tegumenti era grande ; tutti i muscoli delle pareti addominali erano ricacciati di lato ed atrofizzati — ecco perchè non si potè pensare a cucire peritoneo e tegumenti addominali. Piazzato un ben grosso tubo a drenagio per tutto il letto di quel cavo reso ora estraperitoneale, cucii più profondamente che potei gl'integumenti e tessuti sottostanti con punti di sutura attorcigliata, lasciando aperti dell' ampia ferita solamente i due estremi pei quali passava il tubo — Dopo larghe spolverizzazioni jodoformiche , e coverta tutta la ferita con polvere di jodoformio, fu fatta una medicatura jodoformica e fenica; la prima in contatto diretto colla

pelle,e l'altra soprapposta—con appropriato imbottimento di ovatta e compressione si cercò avvallare alla meglio le pareti addominali per portare nel maggiore avvicinamento e contatto le pareti di quel cavo.

Ristorata la inferma da quella prolungata cloroformizzazione, essendo l'operazione durata più di due ore, ella fu condotta a letto.

Nel giorno la signora soffrì poco, e la notte fu passata benino— La temperatura salì subito dopo poche ore dell'operazione a gr. 38.

L'indomani la stessa temperatura, e fu medicata. Una discreta quantità di prodotto siero—sanguinolento fu trovato nell'apparecchio, e che era venuto fuori tutto dai tubi. Il rimanente della ferita era riunita, non turgore o insolita sensibilità attorno le sue margini — addome depresso, trattabile, indolente — si rifà la stessa medicatura.

Nella sera del 2.° giorno la temperatura sale a 38,5; in tutto il resto la signora sta benissimo; ma siccome è un pò nervosa ed ha insonnia, la mercè una iniezione di morfina fatta verso sera ella passa una discreta nottata.

Al terzo giorno comparisce la mestruazione anticipando di dodici giorni — essa procede regolarmente o piuttosto scarsa, e dura quattro giorni.

Al quarto giorno seconda medicatura—pochissimo prodotto purulento, addome come prima, si riapplica la medicatura riccamente jodoformizzata.

Dal quinto giorno incominciano a sentirsi forti borborigmi intestinali, l'addome si fà un pò meteorico, e la temperatura ascende a 39°. — Si fanno dei clisteri che riescono inefficaci. Si somministra dell'olio di mandorle dolci collo stesso negativo risultato. Allora si somministra la prima e la seconda pillola di taurina, e si ha effetto discreto; i materiali sono puzzolentissimi, la temperatura dalla mattina alla sera scese a 37.2, e la inferma si accusò liberata da quella specie d'irrequietezza che la molestava.

La sig.ª N. N. stando a letto per una qualsiasi ragione, suole avere silenzio completo dell'alvo; perciò nei periodi consecutivi noi avemmo a combattere parecchie volte quella ricorrente stitichezza.

Al sesto giorno 3.ª medicatura, poco prodotto, si rimuovono quasi tutti i punti di sutura meno tre.

All' ottavo giorno 4.ª medicatura, si rimuovono gli altri punti, ritiro il tubo, e lo sostituisco con fili di seta fenicata.

All' undicesimo giorno 5.ª medicatura, pochissimo prodotto, ritiro anche la seta, e, per tenere i due estremi della ferita aperta, v' introduco due corti e piccolissimi tubi.

Senza proseguire sulle inutili particolarità dell' andamento consecutivo, dirò che continuando colla stessa medicatura iodoformica e fenica a capo di pochi altri giorni anche i tubi furono cacciati via dal rigoglioso processo di granulazioni, e dopo un mese circa la Signora potè dirsi guarita — restò però a letto per garentire la giovane cicatrice, anche perchè questa specialmente verso gli angoli mostrava grande vulnerabilità, s'infiammava, ed il suo epitelio si desquamava facilmente.

Ora che sono passati più di due mesi la Signora sta perfettamente bene, e parte per la campagna.

Sul sito la cicatrice è infossata e soda, e profondamente un sodo tessuto di cicatrice occupa il letto dell'antico tumore. Quella massa di tessuto duro cicatriziale comprime un pò i vasi iliaci, e le vene specialmente, per cui quando la Signora cammina e sta all' impiedi molto, verso sera il piede, gamba e coscia si gonfiano un poco.

All'esame il tumore si mostra perfettamente incapsulato in forti e molteplici strati fibrosi, perciò potè indiscutibilmente enuclearsi per intero. Di forma ovoidale colla grande estremità verso l'esterno misurava nel grande asse 14 centimetri — dico circa, perchè il tumore spaccato immediatamente dopo l'operazione fu posto nell' alcool e riesaminato più tardi. Fu notevole la riduzione di volume sofferta dal tumore coll' indurimento nell' alcool, come se oltre la quantità di sangue esso avesse perduto una grande quantità di acqua.

Al taglio fatto appena estirpato, il tumore si mostrò di una struttura uniforme in tutte le sezioni — di colorito biancastro e quasi nettamente fibroso avea un' apparenza finissimamente punteggiata. I vasi numerosi disposti con una certa regolarità e rimasti beanti dopo il taglio, davano quella apparenza come punteggiata e finamente spongiosa.

Esaminati a piccolo ingrandimento i tagli fatti da pezzi indurati nell'alcool assoluto e poi imbibiti al carminio, era sorprendente il grado forte d' imbibizione di tutte le pareti vasali e più ancora di tutti gli elementi, che circondavano i vasi. Se si fosse fatta una

injezione, i vasi non avrebbero potuto designarsi meglio: sino i più piccoli capillari erano in quella guisa modificati. A più forte ingrandimento poi lungo la guaina dei grossi vasi e dintorno ai capillari si notava un grandissimo e sproporzionato affollamento di elementi connettivali giovani , cellule rotonde e più particolarmente fusiformi, che formavano un letto continuo lungo i vasi. Questi per lo più erano vuoti e raccolti su loro stessi, certamente per l'indurimento alcoolico; e non si potè notare alcuna modificazione dell'endotelio. Quella infiltrazione di elementi sarcomatosi era tutto attorno.

Quà e la sparsi erano fasci costituiti di cellule connettivali e fusiformi, quasi da ricordare i fasci di fibro-cellule muscolari ; ma in tutto il rimanente, che costituiva del resto la maggiore massa del tumore, il tessuto era connettivale comune; era in altri termini un fibroma. S'osservavano bene grosse cellule fusiformi riccamente protoplasmatiche, ma non erano molte, anzi in proporzione della sostanza interelementare erano scarse. Questa, non ostante la riduzione della massa del tessuto per l'indurimento, era abbondante e per lo più fibrillata.

3.ª *Osservazione.* — **Sarcoma prevertebrale.**

Morte al 4.° giorno per paralisi cardiaca.

Giuseppina Vernieri da Napoli nacque nel 1862 da sani genitori, e fin dalla sua tenera età mostrò i segni di salute assai cagionevole. Fu sempre gracile e malaticcia, e di ritardato sviluppo. Perdette i genitori, e fu per carità di una zia, e per generosità dell'egregio suo zio Gaetano Vernieri cresciuta e menata innanzi. Lo devo alla serietà ed intelligenza dello zio Vernieri, se posso scrivere questa storia con risultati necroscopici.

La Giuseppina mestruò verso il suo 15° anno, e regolarmente. Nel 1882, cioè or sono 18 mesi circa, soffrì di febbre infettiva di lunga durata (tifosa?). Col dimagramento, che ne seguì specialmente nelle pareti addominali, si rivelò un piccolo tumoretto, come ella m'indicò , in corrispondenza del distretto superiore del bacino e verso l'angolo sacro-vertebrale. Il tumore di allora andò crescendo e risalendo in su, ma specialmente in questi ultimi tre mesi il suo crescimento è stato più notevole e marcato.

La Giuseppina fu da me osservata due volte in casa mia; giovane

di regolare statura, discreta nutrizione e debole costituzione organica. La commozione ed il pianto, al quale quella giovanetta s'abbandonava alla mia presenza, mi svelarono un pò il suo non buono stato della circolazione e dell' azione cardiaca. Alla vista tutta la regione mediana ombelico-pubica, iliaca e fianco sinistro erano prominenti chiaramente. Un tumore del volume della testa di un neonato si toccava, regolare di superficie, teso resistente, e mobile così in tutta quasi la sua massima parte, che lo si poteva ricondurre addirittura nella linea mediana e forse più. La sua mobilità nel senso verticale era meno evidente. Esso da sotto il fianco sinistro scendeva di dietro la regione ombelicale; occupava buona parte della corrispondente fossa iliaca, ed una specie di prolungamento mammellonato pareva scendesse verso la regione pelvica. Gl' intestini si frapponevano tra le pareti addominali e parte periferica del tumore; ma il suo centro ne rimaneva scoverto, ed era perciò in immediato contatto con quelle. Quantunque signorina, io osservai l' utero mobile, e nessuna connessione mi fu dato scovrire tra esso ed il tumore. Io feci a bella prima diagnosi di tumore peri-uterino, probabilmente ovarico aderente in sopra; ma dopo aver purgato bene la giovinetta, cogl' intestini perciò vuoti e ridotti, io potei constatare meglio la fissazione del tumore contro la parete posteriore dell'addome, e constatare una più chiara indipendenza del tumore dall'utero, e forse eziandio dai suoi annessi. Ond' io pria di procedere all'operazione espressi specialmente ai professori Cagnetta, Cotronei, Vittorelli e Biondi la mia idea essere adesso piuttosto per un tumore retro-peritoneale, e quindi un sarcoma retro-peritoneale, anzi che di un tumore di provenienza ed origine-pelvica, divenuto addominale ed aderente.

Nell' un caso e l' altro l'operazione era quella.

Confesso la colpa di non avere esaminato bene il pulmone, il cuore, rognoni ec. ec. La giovinetta allora era di discreta salute, non mi venne il sospetto di una possibile lesione cardiaca. Ella mi veniva diretta da egregi giovani professori medici e chirurgi, era stata osservata le cento volte, e da tanti individui. Con ciò non intendo scagionarmi della mia negligenza.

Dopo avere osservato la signorina due volte a casa mia, io la rividi mezz'ora prima d' operarla, quando fu ammessa nella mia nascente casa di salute. Le mie speciali condizioni non mi permisero fare diversamente. Ora in quei momenti dedicati ai preparativi,

e con molti colleghi che già m'erano attorno, s'immagini ognuno se io poteva pensare al cuore di una giovane dall'aspetto sano.

Il giorno 4 giugno alle ore 10 a. m. assistito dai Chiarissimi Prof. e Dott. Gallozzi, Cotronei, Malbranc, Spadaro, Vittorelli, Biondi, de Bellis ed altri, dopo clorofomizzata la giovane, procedei all' incisione delle pareti addominali nella linea mediana. Aperto il peritoneo, spostato il grande epiploon ed alcune anse intestinali, fu scoverto il tumore nella sua porzione anteriore. Sotto il peritoneo, che lo ricovriva, scorrevano visibilmente numerosi vasi, grossi e turgidi da far paura. Colle dita condotte profondamente nel cavo addominale ed attorno del tumore, mi assicurai che esso aderiva strettamente alla colonna vertebrale, e per l' estenzione della vola della mano. Sentii colle dita la pulsazione dell'aorta addominale, che era un pò spostata a dritta e s'addossava addirittura al picciuolo del tumore. Ci fu un momento, nel quale mi balenò alla mente l'idea di soprassedere ad ogni procedimento, e chiudere la ferita addominale, che d'altronde io avea fatto piccola in vista dei dubbi dell'animo mio. Ma subito risolvetti andare innanzi, tanto più che col dito potei osservare, che quel prolungamento mammellonato, che scendea nella pelvi, passava per di sopra i vasi iliaci, e non era aderente alle ossa sottostanti, tanto che si poteva di sotto insinuarvi il dito. Prolungai perciò la ferita addominale; gl' intestini comunque del tutto vuoti e l' epiploon non potevano essere contenuti nel cavo addominale senza impicciarmi sommamente, occupando parte del campo operativo. Perciò grande porzione del pacchetto intestinale, che intero era allogato a dritta del tumore, fu portato fuori della ferita, coverto ed avvolto in pannilini caldi umidi e disinfettati fu costodito e trattenuto dalle mani intelligenti di un'assistente. A sinistra del tumore restava il solo colon discendente, che colle mani stesse di un'assistente, che ritraevano e deprimevano il corrispondente labbro della ferita, veniva facilmente contenuto.

Con due lacci, uno a dritta e l' altro a sinistra passati collo specillo per di sotto il peritoneo e connettivo sottostante coi vasi, raccolsi in due picciuoli le due falde peritoneali, e strettele ben bene, le recisi in mezzo; così mi trovai aver ligato con due ligature tutti i vasi sottoperitoneali, e avere scoverto il tumore dal suo primo guscio, il più vascolare. Allora ricacciando il peritoneo in dietro pervenni al punto d' impianto del tumore. Non sarebbe stato prudente nè possibile scendere con istrumenti taglienti giù profon-

damente contro la colonna vertebrale. Per quanta forza io abbia potuto adoperare non mi riuscì che a gran fatiga rompere le connessioni del tumore contro la colonna vertebrale ; e quando esse si svolgevano e si continuavano a guisa d' involucro sul corpo del tumore, col mio dito le scollava, le riconduceva così un pò in avanti a vista, e, ligatele le tagliava. Fu con questo paziente e fatigosissimo lavoro delle mie dita, che pervenni a sgusciare ed enucleare perfettamente e per intero quel grosso tumore.

Fatte alcune ligature di quel profondo ed imbutiforme cavo lasciato dal tumore estratto , potemmo vedere i due ultimi corpi delle vertebre lombari a nudo ; l'aorta e l' iliaca primitiva sinistra pulsavano sotto le dita coverte dal solo peritoneo raddoppiato.

Fu facile l' emostasia , ma attraverso il sottile periostio vertebrale veniva del sangue da molti e piccoli vasi , che sembravano venosi, difatti, oltre la qualità del sangue, essi divenivano maggiormente emorragici negli sforzi di vomito, che l'operata incominciava a soffrire. Fu d' uopo servirsi di un bottone del termo-cauterio. Compiuta così l' emostasia e la perfetta *toilette* di tutto il cavo peritoneale, e degli intestini , passai alla cucitura al solito con punti staccati, profondi e superficiali colla seta fenicata. Un lungo tubo a drenagio piegato ad ansa fu piazzato contro la colonna vertebrale , e poi, ricondotto di lato al pacchetto intestinale, fu fatto uscire poco di sotto la cicatrice ombelicale. La certezza d'aver un prodotto qualunque o semplicemente sangue dal campo operativo mi consigliò quest' espediente.

Durante la cloroformizzazione la operata presentò spaventevoli oscillazioni del polso , ma del resto dopo le due ore di durata dell'operazione, ella si riebbe e fu condotta a letto.

Al giorno per una sola volta e per la durata di 3 a 4 minuti la Giuseppina divenne pallida, chiuse gli occhi, emise delle grida e parve che la sua intelligenza si turbasse ; ma poco dopo ritornò in calma. La temperatura s' elevò a 38, gli atti respiratori si mantennero a 26 , ma il polso batteva già 132 a. m. ; del resto non meteorismo, non dolori, addome trattabile, lingua umida: s'era già fatta e si ripetè la injezione di morfina. La notte la passò piuttosto agitata. Di quando in quando, e senza ragione la coglieva un certo tal quale turbamento dell'intelligenza, ella emetteva grida, diveniva inquieta, ma poi tornava allo stato di prima quieta e ragionevole.

L' indomani verso le 8 a. m. la trovai tranquilla, non si lagnava

di nulla, il respiro era regolare, e non frequente, la temperatura era a 38,2, non meteorismo, non dolori; si faceva cateterizzare senza molestia, le urine erano buone ed in discreta quantità, ma la fisonomia ed il polso non mi lasciavano tranquillo e contento. I battiti di questo erano frequenti, a 136-140, e non abbastanza regolari. La fisonomia era pallida, un pò caduta e lo sguardo era incerto e sospettoso. L'agitazione della notte e la perdita del sonno poteva ben spiegare quei fatti. Risolvetti medicarla sul momento.

Scoverto l'addome si mostrò depresso, non dolente, non meteorico, la ferita tutta accollata, e dai due tubi era venuta fuori una discreta quantità di sangue e siero da inzuppare tutto il iodoformio, del quale era abbondantemente coverta la ferita e tubi, e da bagnare la sola garza iodoformica. Non ombra di cattivo odore. Colla pressione non viene altro dai tubi, nelle parti più declivi dell' addome, e specialmente dal lato dell' operazione non ci ha alcun segno fisico di versamento o di raccolta.

Per assicurarmi che i tubi non erano chiusi da grumi o altro, con un piccolo tubo di cristallo scesi giù per dentro il loro lume ma non venne nulla; ricovrii la ferita colla solita medicatura. Verso il mezzodì la temperatura salì a 38 3 e più tardi a 38-5 e così si mantenne per tutto il giorno e la notte appresso. Il respiro era un pò irregolare e piuttosto frequente, ma non dava del resto alcuna ragione d'inquietitudine. Il polso però si manteneva frequente, oscillava assai nella frequenza, e nella forza. Per la prima volta ascoltammo il cuore, e scovrimmo un soffio assai superficiale forte, ma che del resto non si potea dire sè diastolico o sistolico; era un soffio pericardico? Sembrò probabile. Lungo il giorno e la notte la Signorina ebbe più frequenti quegli attacchi dal carattere nervoso, e verso sera cominciò a notarsi un pò di meteorismo specialmente nella regione epigastrica.

Nel mattino sequente (3° giorno) il tremuoto di Napoli fu assai pronunziato in quella casa dalla posizione alta, e la Giuseppina ch'essendo svegliata avvertì il tremuoto e l'allarme, che ne seguì in tutte le donne della casa, fu assai scossa, tentò alzarsi, divenne agitatissima, gridò, e quando dopo essere stata a forza trattenuta a letto rientrò in calma, ne seguì un abbattimento, quasi un semi-collasso. Io sopraggiunsi poco dopo, e trovai l'inferma dal viso caduto, sudante, incerta e tarda nelle risposte, con respiro frequente, polso irregolarissimo e frequentissimo, e quei disturbi

gravi circolatorii rilevati dalle cianosi degli estremi e palpebre si accentuarono ancora maggiormente.

Lungo il giorno però s'ebbe, se non un miglioramento, almeno una discreta tregua. È inutile dire che con qualche cucchiaio di consumè, di marsala, colla tintura di castorio e coll'iniezioni ipodermiche di chinino ec. ec. si cercò di rialzare il grave stato della inferma.

Non ostante che la temperatura non fosse di sopra i 38,5, pure nella stessa mattinata io volli medicare per la seconda volta la mia operata; era presente il Professore Cagnetta. — Picciola quantità di siero sanguinolento del tutto inodore era venuto dai tubi ad inzuppare appena la gara. — Discretissimo meteorismo, non dolore — i tubi perfettamente pervii — colla pressione non viene nulla dal cavo addominale — il rimanente della ferita tutto riunita — ritiro i tubi di 4 centimetri circa in fuori, ed applico la solita medicatura jodoformica e fenicata.

Nel corso del giorno si aggravò assai lo stato generale.

La temperatura pure essendo di 38,5, la respirazione però si fece frequente, il meteorismo progredì; ed i sudori profusi, il viso caduto, il turbamento della intelligenza, i sussulti tendinei, e la irrequietezza della inferma erano segni ben gravi, ma più grave e profondo era il turbamento circolatorio. Il polso era frequentissimo, aritmico, oscillante. Poco dopo di uno di quegli accessi nervosi io era attento a contare il numero delle pulsazioni che s'erano fatte rarissime. Avea contato dodici battiti in 13 secondi circa, quando il polso ritornò a farsi così frequente, che non mi riuscì più enumerarlo.

Erano le ore dieci della sera, lo stato della inferma non dava più a sperare nulla di buono, ed io dietro maturo esame, non ostante che a parer mio non ci dovesse essere alcun prodotto peritoneale, perchè sostenni sempre non esser quello un caso di setticemia o peritonite, pure per deferenza al parere dei miei amici, mi decisi a scovrire la ferita addominale, a scendere nel campo operativo e ricercare nel cavo peritoneale. Assistito dai carissimi amici dottori de Bellis, Biondi, Spadaro e Pennetta rimossi sei punti di cucitura scollai la ferita già riunita — le anse intestinali quantunque distese non procedettero fuori, perchè agglutinate insieme da solide essudazioni fibrinose, — non ombra di cattivo odore, non una goccia di liquido viene fuori da quell' ampia apertura. Penetro con un grosso tubo di cristallo giù nel campo operativo, poi nel

fianco corrispondente, poi all'altro, poi sotto l'ipocondrio verso il fegato, poi giù nella direzione della piccola pelvi, e non viene alcun prodotto. Nel dubbio che materiale accumulato profondamente nel campo operativo e nel fianco corrispondente non potesse venire per quel tubo, faccio delicatamente un' injezione calda di una soluzione debolissima di permanganato di potassa, ed il liquido injettato per un tubo ritorna per l'altro, e dai dintorni di tutte e due, senza aver subita alcuna modificazione od alcuna miscela.

Gl' intestini distesi non permettevano più la cucitura della ferita. Con una sottile cannula di Pravaz punsi un' ansa intestinale, ed in dieci minuti circa ottenni una discreta riduzione della distensione intestinale — riunii la ferita, lasciai un grosso tubo a drenaggio dentro l'addome, e dopo tutto ciò la inferma si sentì risollevata, specialmente nel respiro, ma nelle ore del mattino le cose andarono sempre peggiorando, e verso le ore 9 a. m. mentre io eseguiva la medicatura, sotto un conato di vomito di liquido bilioso e guasto la Giuseppina Vernieri spirò nelle mie braccia.

Dopo superate cento difficoltà, e grazie all' intelligente cooperazione del sig. Gaetano Vernieri, solo parente prossimo della defunta, io in compagnia dei summenzionati amici dottori potei fare la sezione.

Appena dopo 34 ore dalla morte la potemmo eseguire in luogo assai disadatto, ed a lume di candela. Con un cadavere tenuto tanto tempo, durante quei calori e con una lesione di quella specie s' immagini ognuno cosa noi potevamo aspettarci.

Andando a ricercare dapprima il cuore, appena alzate le costole notammo un indurimento esteso e cicatriziale di tutto il connettivo del mediastino anteriore (antica mediastinite). Il cavo cosidetto pericardico non esisteva più a parte anteriore; aderenze strette, estese e forti univano il cuore al pericardio, tanto che il dottor Biondi per enucleare il cuore dovette usare della forza colle dita. Il cuore guardato in tutta la sua superficie anteriore è coverto da spesse stratificazioni di tessuto connettivale, il miocardio assai molle ed afflosciato, il ventricolo dritto dilatato, con pareti sottili e con carni degenerate.

Aperto l' addome non venne neppure l' ombra di cattivo odore. All'apertura del mediastino e del pericardio s'avvertì un po' di puzzo, ma dall'addome nulla. Le anse intestinali lungo la ferita addominale erano accollate. In tutto il resto il peritoneo che covriva tutti gl'intestini, il mesentere, il grande epiploon, il peritoneo parieta-

le, il pelvico ecc. ecc. non si potea trovare più sano, non injezione, non intorbidamento, non essudazione ecc. ecc. e solamente nel cavo peritoneale verso il fianco sinistro e nella piccola pelvi pochi grammi di siero puro colorato ancora dello ipermanganato della sera innanzi. Sul campo operativo le anse intestinali erano addossate, ed appena uno stato congestivo ed ecchimotico, e qualche grumetto di sangue lo indicavano, e lo delimitavano.

Le speciali condizioni, nelle quali ci trovavamo non ci permisero continuare oltre le nostre ricerche necroscopiche. Solamente le ovaia tutte e due erano con incipiente degenerazioni cistiche. Il cuore, il colon trasverso e discendente (che costeggiava tutto il campo operativo) col suo mesocolon, ed una porzione del tenue furono conservati, e l' indimani mostrati a molti, e tra gli altri al Prof. Armanni, Cagnetta, Pedicini ec. ec.

Sarebbe superflua una lunga digressione su questo disgraziato caso. La laparatomia per sè si può dire riuscita. L' aver potuto dopo tre giorni constatare che nell' addome non c' era alcuna conseguenza morbosa dell' operazione è la più splendida e positiva conferma del buon esito, che l' operazione avea già avuto.

Il non aver scoverto le conseguenze di quell' antica pericardite è stata nostra insufficienza, o negligenza e se si vuole colpa. Del resto, se io avessi potuto scovrire prima quel soffio, ch' era l'unico segno, certamente non avrei per questo rifiutata la mia operazione.

La discreta quantità di sangue perduta dall' operata influì assai ad indebolire l' azione del cuore, e la regolare nutrizione dei centri nervosi, e vaso-motorii specialmente; donde i disturbi circolatorii del miocardio e dei vasi periferici, la paralisi intestinale, i turbamenti della intelligenza, e della innervazione animale.
